



Consentimiento
Informado para
Quimioterapia

Versión 3.0

Consentimiento informado para Quimioterapia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUIMIOTERAPIA

Mi hipótesis diagnóstica es:

SR / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento:

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento **DE QUIMIOTERAPIA**.

–**Sé que debo realizarme una serie de exámenes:** de sangre, radiografías, ecotomografías, entre otros, durante el tratamiento y seguimiento de esta enfermedad.

–Se me ha explicado que seré tratado, según protocolo con: QUIMIOTERAPIA, según el número de ciclos.

–**Diagnóstico:**.....

–La quimioterapia son medicamentos endovenosos u orales, anticancerosos, que tratan de controlar o curar mi enfermedad. Pueden provocar efectos secundarios desagradables frecuentes y transitorios como: caída del cabello o vómitos y náuseas, otros efectos menos frecuentes como úlceras bucales, anemia, infección, sangramiento, incluso ocasionalmente efectos graves como esterilidad y hasta la muerte.

–He comprendido que no todos los cánceres son curables en un 100% y que existe la posibilidad de recaída y también de no respuesta al tratamiento.

–Es posible que también requiera otro tipo de tratamientos, como transfusiones de sangre y/o plaquetas, antibióticos y otros.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento para: QUIMIOTERAPIA

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....